INSTRUCTIONS RELATIVES AU CERTIFICAT MÉDICAL UNIVERSEL DU DISTRICT DE COLUMBIA

Le présent formulaire *remplace* tous les formulaires antérieurs au 24 février 2009. L'utilisation du certificat médical universel du District de Columbia (DCUHC) permet de déterminer l'inscription aux garderies, programmes *Head Start* et les écoles publiques, privées et religieuses du DC.
Exception : vous ne pouvez pas l'utiliser pour remplacer les formulaires EPSDT ou le formulaire d'examen de la santé bucco-dentaire délivré par le Ministère de la Santé. Développé par le Ministère de la Santé du DC, le DCUHC est conforme aux directives de l'American Academy of Pediatrics (AAP, académie américaine de pédiatrie) concernant les soins préventifs pour enfants et adolescents, depuis la naissance jusqu'à 21 ans. **Le présent formulaire est un document confidentiel** conforme aux exigences de la loi *Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996* (HIPAA, loi américaine sur l'assurance maladie) applicables aux prestataires de santé et de la loi *Family Educational Rights and Privacy Act de 1974* (FERPA, confidentialité et droits des familles en matière d'éducation) réservée aux établissements scolaires.

Instructions générales : veuillez utiliser un stylo à bille noir pour renseigner le formulaire.

1re partie – Informations relatives à l'enfant
Parent ou tuteur : Veuillez compléter l'ensemble des informations relatives à votre enfant, y compris ses nom et prénoms, sa date de naissance et son sexe. Veuillez également indiquer vos nom, numéro de téléphone, adresse personnelle, circonscription dont vous dépendez, ainsi que les coordonnées d'une personne à contacter en cas d'urgence (lorsque vous êtes injoignable). Précisez le nom de l'école ou de la garderie. Cochez la case correspondant à l'assurance maladie contractée pour votre enfant. Lorsque celle-ci n'apparaît pas dans la liste, cochez la case « Autre » et décrivez le type d'assurance contractée dans l'espace prévu à cet effet. Indiquez le nom du médecin traitant de votre enfant. Si vous n'avez pas de médecin traitant pour votre enfant, inscrivez « Néant » dans l'espace prévu à cet effet. **Ce formulaire ne sera pas complet tant que le parent/tuteur n'aura pas apposé sa signature dans la 5e partie.**

2e partie – Antécédents médicaux de l'enfant, examens et recommandations : (à compléter par le prestataire de santé). veuillez cocher toutes les cases applicables.

- **Date de l'examen médical** : conformément aux directives de l'AAP, chaque enfant doit avoir fait l'objet d'un examen physique réalisé par un médecin ou une infirmière agréée. La date indiquée doit correspondre à celle de l'examen.
- **Poids :** poids de l'enfant en livres (lb) ou en kilogrammes (kg) ; **Taille :** taille de l'enfant en pouces (po) ou en centimètres (cm).
- **Pression artérielle (PA) :** pour les enfants âgés de plus de trois ans, reportez la pression artérielle dans la case et indiquez si celle-ci est normale ou anormale. Dans ce dernier cas, décrivez-en la raison, et proposez une solution dans la 2e partie, section A.
- **Indice de masse corporelle (IMC) :** pour les enfants âgés de plus de 2 ans, calculez, puis relevez, l'IMC en incluant la valeur en percentiles.
- **Taux d'hémoglobine (HGB)/Hématocrite (HCT) :** le taux d'hémoglobine (HGB) ou l'hématocrite (HCT) est ***requis* pour les inscriptions au programme *Head Start***. Par ailleurs, conformément aux directives de l'AAP, nous recommandons de procéder à un dépistage de l'anémie pour les adolescentes réglées. Veuillez reporter le taux sanguin et indiquer la nature du test réalisé en entourant HGB, HCT ou les deux.
- **PROBLÈMES DE SANTÉ :** le prestataire doit procéder aux examens suivants : asthme, épilepsie, diabète, troubles du langage, du développement ou du comportement, et autres maladies pouvant impliquer des soins particuliers. Pour chaque examen révélant un « PROBLÈME DE SANTÉ », le prestataire doit cocher la case correspondante et indiquer que l'enfant a bien été orienté vers un spécialiste ou qu'il suit actuellement un traitement (Prescription). En l'ABSENCE de « PROBLÈME DE SANTÉ », cochez la case **« NON » ou « Néant »** en regard de chaque examen effectué.
- **MENTION SPÉCIALE :** « Visite annuelle chez le dentiste » : pour les enfants âgés de plus de trois ans, le prestataire doit indiquer si l'élève a été examiné par un dentiste au cours des 12 derniers mois. Dans le cas contraire (« Non »), l'enfant doit consulter.
- **A :** veuillez reporter tout antécédent médical, toute affection, toute maladie contagieuse ou toute restriction susceptible d'affecter la capacité de l'enfant à participer à une activité ou un programme scolaire ; en l'absence d'éléments, cochez la case « Néant ».
- **B :** veuillez préciser toute allergie notable pouvant impliquer des ***soins médicaux d'urgence*** au cours d'une activité ou d'un programme scolaire ; en l'absence d'éléments, cochez la case « Néant ».
- **C :** veuillez indiquer tout traitement à long terme, toute prise de médicaments en vente libre ou tous soins particuliers à respecter dans le cadre d'une activité ou d'un programme scolaire ; en l'absence d'éléments, cochez la case « Néant ».
- **MENTION SPÉCIALE :** veuillez inscrire l'ensemble des traitements ou prises de médicaments nécessaires dans le cadre d'une activité ou d'un programme scolaire dans la 2e partie, section C, faire remplir une autorisation de traitement médical à votre médecin et la joindre au certificat.

3e partie – Évaluation des risques de tuberculose et d'exposition au plomb :

• **ÉVALUATION DU RISQUE DE TUBERCULOSE (TB) :** procédez à une évaluation du risque de TB conformément à la *page 682 de la 27é éd. du livre rouge de l'AAP (2006), AAP Tuberculin Skin Test Recommendations for Infants, Children and Adolescents (recommandations de l'AAP relatives au test cutané à la tuberculine pour les nourrissions, les enfants et les adolescents)*. La règlementation applicable du DC en la matière impose un TST (test cutané à la tuberculine) pour tous les enfants entrant à la garderie ou à l'école (selon la première de ces éventualités). Un TST est également requis pour les enfants identifiés comme présentant un **RISQUE D'EXPOSITION ÉLEVÉ**. Remarque : décrivez le test effectué et reportez les résultats (négatif ou positif). **Lorsque le TST est positif,** cochez le résultat de la radiographie pulmonaire (RP) et indiquez si l'enfant a été traité. **Tout TST positif doit être signalé au programme de contrôle de la TB du DC (au 202-698-4040).**
• **RISQUE D'EXPOSITION AU PLOMB :** la législation du DC impose un test à tous les enfants âgés de 6 à 14 mois et de 22 à 26 mois. Par ailleurs, lorsqu'un enfant âgé de plus de 26 mois n'a pas encore été soumis à un test d'exposition au plomb, la loi prévoit un double examen de l'enfant avant ses 6 ans. Veuillez indiquer la « Date » et le « Résultat » du test le plus récent. Veuillez indiquer si le test est « En attente ». Cette mention reste **valide pendant deux mois à compter de la date du test** et ne constitue en aucun cas un motif d'exclusion d'une activité ou d'un programme scolaire. **Les laboratoires doivent communiquer TOUS les tests d'exposition au plomb par voie électronique au programme de prévention du saturnisme infantile du DC. Pour en savoir plus, appelez le 202-654-6036/6037**. **Les prestataires peuvent faxer les résultats au 202-481-3770.**

4e partie – Attestation et signature du prestataire (médecin ou infirmière agréée) requises.
Le prestataire doit répondre par « Oui » ou par « Non » aux déclarations suivantes :
L'enfant a fait l'objet d'un examen minutieux avec étude des antécédents médicaux ;
L'enfant est apte à pratiquer des sports en compétition (d'après l'évaluation du prestataire et conformément à la ° éd. de l'AAP Pre-participation Physical Evaluation (examen physique de pré-participation de l'AAP) (1997)) ; et l'enfant a été soumis au cours de l'année aux examens médicaux requis pour son âge (conformément aux directives de l'AAP et de l'EPSDT). En cas de réponse négative (« Non »), décrivez-en la raison dans l'espace prévu à cet effet. Toutes les informations demeureront confidentielles.

5e partie – Signature du parent/tuteur requise (autorisation de divulgation des informations médicales).
Le parent ou le tuteur doit inscrire son nom en majuscule, apposer sa signature et dater le document. En signant cette section, le parent ou le tuteur autorise le prestataire de santé à partager les informations médicales du formulaire avec l'établissement scolaire de l'enfant, sa garderie, son institution ou toute agence concernée du gouvernement du DC.

Les formulaires sont disponibles en ligne à l'adresse www.doh.dc.gov

CERTIFICAT MÉDICAL UNIVERSEL DU DISTRICT DE COLUMBIA

6e partie – INFORMATIONS DE VACCINATION

Instructions générales : veuillez utiliser un stylo à bille noir pour renseigner le formulaire.
Informations relatives à l'enfant/l'élève : Inscrivez lisiblement et en majuscule les noms, prénoms et/ou initiales de l'enfant/l'élève. Indiquez sa date de naissance au format mm/jj/aa, et précisez son sexe en cochant la case « Féminin » ou « Masculin ». Mentionnez le nom de l'école ou de la garderie que votre enfant fréquente.

Section 1 – Informations de vaccination : inscrivez lisiblement la date (mm/jj/aa) des vaccinations effectuées ou joignez une copie de l'original signée et datée par le prestataire de santé. D'après la loi 3-20 du DC, *Immunization of School Students Act* (vaccination des élèves) (1979) et le chapitre 1 du titre 22 des DCMR (révision du 2 mai 2008), les vaccins ci-dessous sont obligatoires.

Instructions : Rechercher la ligne correspondant à la tranche d'âge de votre enfant dans la colonne « Âge réel de l'élève ». Lisez le contenu de la ligne pour connaître les vaccins obligatoires. Les chiffres indiqués dans les cellules correspondent aux doses nécessaires en fonction du vaccin et de l'âge RÉEL ou du niveau scolaire de l'enfant. L'utilisation de tranches ne signifie en aucun cas que vous pouvez attendre l'âge limite pour procéder à la vaccination. Pour satisfaire aux exigences, tout enfant doit avoir reçu les doses requises de vaccin correspondant à son âge RÉEL (lequel correspond à une tranche d'âge).

Vaccins et dosages requis pour les enfants inscrits en garderie[1, 2]

Âge réel de l'élève	DTaP/DTP/DT	Polio	Hib[7]	ROR[8]	Varicelle[9]	Hépatite B[10]	Hépatite A[11]	Anti-pneumococcique conjugué[12]	Méningocoques	Papillomavirus humains (HPV)
Moins de 2 mois	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
2 à 3 mois	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0
4 à 5 mois	2	2	2	0	0	2	0	2	0	0
6 à 11 mois	3	3	2 / 3	0	0	3	0	3	0	0
12 à 14 mois	3	3	3 / 4	1	1	3	1	4	0	0
15 à 23 mois	4	3	3 / 4	1	1	3	1	4	0	0
24 à 47 mois	4	3	3 / 4	1	1	3	2	4	0	0
48 à 59 mois	[5][3]	[4][6]	3 / 4	2	2	3	2	4	0	0

Vaccins et dosages requis pour les enfants inscrits dans les écoles publiques, sous contrat, religieuses et privées[1, 2]

Niveau scolaire		DTaP/DTP/DT/ Td/Tdap	Polio[6]	Hib	ROR[8]	Varicelle[9]	Hépatite B[10]	Hépatite A[11]	Anti-pneumococcique conjugué	Méningocoques[13]	Papillomavirus humains[14] (HPV)
Niveau	(hors grade)										
Niveaux K à	(5 à 10 ans)	[5][3, 4]	4	0	2	2	3	2	0	0	0
Niveaux 6 à	(11 à 18 ans	[6][4, 5]	4	0	2	2	3	2	0	1	3

[1]Périodes de vaccination : l'administration des doses doit suivre un calendrier et un planning adaptés. Les vaccins injectés dans les 4 jours précédant le début de la période ou l'âge minimal sont considérés comme valides. Exception : lorsque deux vaccins vivants ne sont pas inoculés le même jour, leur administration doit être séparée de 28 jours.
[2]Dispenses : nous pouvons accorder des dispenses de vaccination pour raison médicale sous réserve d'avoir reçu la documentation adéquate du prestataire de santé (section 2). Vous pouvez également remplacer cette procédure par l'utilisation de titres sanguins (section 3). Vous devez alors communiquer une copie du rapport du laboratoire à l'école ou la garderie de l'enfant. La documentation justifiant d'une dispense pour motifs religieux doit être soumise à l'école ou la garderie par le parent/tuteur.
[3]DTP/DTaP : cinq (5) doses de vaccin DTP/DTaP sont requises pour les enfants de 4 ans entrant à l'école, sauf si la 4e dose a été injectée après son 4e anniversaire. L'administration des doses 4 et 5 du vaccin DTP/DTaP doit être espacée de 6 mois.
[4]Td/Tdap : trois (3) doses de vaccin Td sont requises lorsque la première injection est postérieure au 7e anniversaire de l'enfant. Si celui-ci est âgé de plus de 11 ans, l'une d'entre elles doit lutter contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (vaccin Tdap). Le rappel du Tdap doit être réalisé cinq ans après la dernière injection de vaccin contre le tétanos et la diphtérie. Le rappel du Td doit être effectué tous les 10 ans.
[5]Tdap : les élèves doivent satisfaire aux exigences précédentes en matière de vaccination (injection de la 4e ou de la 5e dose de vaccin DTP/DTaP et d'une (1) dose de vaccin Tdap)
[6]Polio : pour toute entrée à l'école, les enfants de 4 ans doivent avoir reçu quatre doses de vaccin, sauf lorsque la troisième dose d'un calendrier exclusif de VPI/VPO a été injectée après le 4e anniversaire de l'enfant (seules 3 doses sont requises). Toutefois, lorsqu'un calendrier séquentiel ou mixte de VPI/VPO a été utilisé, quatre doses sont nécessaires pour compléter la primo-vaccination. En général, le vaccin contre la polio n'est pas administré aux élèves de plus de 18 ans.
[7]Hib : le nombre de doses de primo-vaccination est déterminé par le produit utilisé et par l'âge auquel la première injection est réalisée. La dernière dose d'Hib doit être administrée lorsque l'enfant est âgé de plus de 12 mois (15 mois si vous choisissez une injection unique). Le vaccin n'est pas obligatoire pour les élèves de plus de 5 ans.
[8]ROR : la seconde dose est obligatoire pour les enfants de 4 ans. La première doit avoir été administrée lors du premier anniversaire, et la seconde un mois plus tard. Les vaccins ROR et contre la varicelle doivent être inoculés à la même date ou être séparés de 28 jours.
[9]Varicelle : la seconde dose est obligatoire pour les enfants de 4 ans. La première doit avoir été administrée lors du premier anniversaire, et la 2de 3 mois plus tard si l'enfant était âgé de 1 à 12 ans à la première injection, ou un mois plus tard s'il avait plus de 13 ans. Le vaccin contre la varicelle n'est pas obligatoire pour les élèves ayant déclaré la maladie, laquelle doit avoir été constatée et datée (mois et année) par un prestataire de santé.
[10]Hépatite B : Lorsque le vaccin monovalent anti-hépatite B fait l'objet d'une combinaison (à savoir DTaP-IPV-Hépatite B) l'injection de 4 doses est jugée acceptable. Les 3e et 4e doses doivent cependant être administrées sur des enfants de plus de 24 semaines et au moins 8 semaines après la dose précédente. Lorsque le vaccin monovalent anti-hépatite B est injecté seul, la 3e dose doit être inoculée au moins 16 semaines après la 1re dose et 8 semaines après la 2de. Pour les élèves de 11 à 15 ans, l'utilisation d'un vaccin double dose contre l'hépatite B (Recombivax) est autorisée, sous réserve d'être clairement documentée.
[11]Hépatite A : obligatoire pour les élèves nés après le 1er janvier 2005.
[12]Anti-pneumococcique conjugué : le nombre de doses de vaccin anti-pneumococcique dépend de l'âge de l'élève lors de la première injection. Administrez 1 dose aux enfants de 24 à 59 mois en parfaite santé n'ayant pas été intégralement vaccinés. Le vaccin n'est pas obligatoire pour les élèves de plus de 5 ans.
[13]Méningocoques : vaccin obligatoire pour les enfants de plus de 11 ans.
[14]HPV : vaccin obligatoire pour les élèves entrant pour la première fois en sixième. Le parent/tuteur ou l'élève doit fournir à l'établissement les informations le concernant en matière de papillomavirus humains (HPV) et de vaccin contre les HPV. Le parent/tuteur peut signer un formulaire de « non-vaccination » agréé par le Ministère de la Santé.

Section 2 – dispenses pour raisons médicales : veuillez renseigner cette section s'il existe une contre-indication médicale à l'immunisation de votre enfant conformément à la loi 3-20 du DC et aux recommandations de l'ACIP. Cochez la case correspondant à chaque vaccin contre-indiqué et justifiez la contre-indication. Lorsque la dispense pour raisons médicales est permanente, mettez une croix dans l'espace qui convient. Lorsqu'elle est temporaire, mettez une croix dans l'espace qui convient et indiquez une date d'expiration. Le prestataire de santé doit inscrire son nom en majuscules, apposer sa signature ou son cachet sur le document et dater cette section.

Section 3 – Preuve alternative d'immunité : remplissez cette section si des titres sanguins sont utilisés comme preuves d'immunité. Cochez les cases correspondant aux vaccins pour lesquels des titres sanguins ont été obtenus. Joignez une copie des résultats des titres. Le prestataire de santé doit inscrire son nom en majuscules, apposer sa signature ou son cachet sur le document et dater cette section.